

63
Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 26 Novembre 1900, à 1 heure

PAR

Jean JEHANNO

Né à Damgan (Morbihan), le 18 Décembre 1865

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
PHLEGMONS
DE
L'ESPACE PELVI-RECTAL SUPÉRIEUR

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. REMY, professeur.

LAUNOIS et BROCA (Aug.), agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

ANCIENNE MAISON JOUVE

Imprimerie de la Faculté de médecine

L. BOYER

15, RUE RACINE, 15

1900

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1900

THÈSE

N°

63

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 26 Novembre 1900, à 1 heure

PAR

Jean JEHANNO

Né à Damgan (Morbihan), le 18 Décembre 1865

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
PHLEGMONS
DE
L'ESPACE PELVI-RECTAL SUPÉRIEUR

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. REMY, professeur.

LAUNOIS et BROCA (Aug.), agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

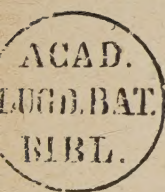
ANCIENNE MAISON JOUVE

Imprimerie de la Faculté de médecine

L. BOYER

15, RUE RACINE, 15

1900



UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS	MM.
Anatomie.....	FARABEUF
Physiologie.....	CH. RICHEL
Physique médicale.....	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	HUTINEL
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	CORNIL
Histologie.....	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....	TERRIER
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique.....	LANDOUZY
Hygiène.....	PROUST
Médecine légale.....	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie...	BRISAUD
Pathologie expérimentale et comparée.....	CHANTEMESSE
	POTAIN
Clinique médicale.....	JACCOUD
	HAYEM
	DIEULAFOY
	GRANCHER
Maladies de enfants.....	
Clinique de pathologie mentale et des mala-	
dies de l'encéphale.....	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND
	BERGER
Clinique chirurgicale.....	DUPLAY
	LEDENTU
	TILLAX
Clinique ophtalmologique.....	PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires..	GUYON
Clinique d'accouchement.....	BUDIN
	PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
AACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIÉ	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MÉRY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation,

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

2072 230 A

Introduction

Ayant eu l'occasion d'assister à l'Hôtel-Dieu à l'examen du malade atteint d'abcès de la région pelvi-rectale supérieure, et de voir les résultats de l'opération qui fut pratiquée pour l'en guérir, nous pûmes constater quel intérêt et quelles difficultés peuvent présenter les cas, peu nombreux, d'abcès de ces régions, et l'idée nous vint ainsi de rechercher les opinions en faveur auprès des chirurgiens sur le traitement de ces abcès et des fistules consécutives. Sur ces entrefaites, M. le Dr Marion, alors chef de clinique de M. le Professeur Duplay, voulut bien nous communiquer l'observation d'une malade atteinte de phlegmon gangréneux de la même région, et nous engagea à la rapprocher de notre étude sur les phlegmons péri-rectaux.

Ce sont, en somme, deux observations que nous avons à présenter. Elles ne sont qu'un faible appoint à l'étude de l'étiologie et du traitement des abcès péri-rectaux, mais il nous a cependant paru intéressant de les rapprocher des autres cas connus, et, à propos de ces deux malades, de passer en revue les traitements actuellement en faveur.

Cependant il était difficile de rapprocher d'une observation d'abcès péri-rectal, d'origine rectale, un abcès pelvien d'origine puerpérale. Nous y avons été encouragé par la lecture de l'article que M. Pierre Delbet consacre dans le traité de chirurgie aux abcès péri-rectaux et les idées générales qu'il émet sur l'analogie de ces abcès avec les phlegmons péri-prostatiques et avec les suppurations de la base du ligament large, c'est-à-dire de la gaine des vaisseaux hypogastriques. Nous pensons même que l'observation que nous publions vient appuyer cette façon de voir plus qu'aucune de celles que nous avons pu lire dans le traité « des suppurations pelviennes » de M. Delbet, car, on le verra, il s'agit bien d'un phlegmon de la gaine hypogastrique, mais de la partie de cette gaine qui se sépare le plus du ligament large, puisque son développement a eu lieu le long des lymphatiques qui accompagnent les vaisseaux vaginaux.

Il semblera donc que nous ayons un double sujet de thèse et que nous voulions traiter d'une part, de la thérapeutique des abcès péri-rectaux supérieurs, d'autre part de l'anatomie pathologique de certains phlegmons pelviens. Mais pourquoi, trouvant l'occasion d'étudier à deux points de vue une question, refuserions-nous de la saisir ?



Division du travail

Nous diviserons notre travail de la façon suivante :

1° Un court exposé historique qui sera complété dans d'autres parties de notre thèse par la revue des procédés de traitement.

2° Une étude anatomique, aussi courte que possible, pour laisser comprendre certains détails étiologiques, pathogéniques et thérapeutiques de la question.

3° Une étude anatomique et clinique.

4° Un exposé des modes de traitement, sur lesquels nous insisterons particulièrement et à propos desquels nous citerons quelques observations.

5° Une liste des ouvrages composant la bibliographie de la question, et en même temps des abcès et fistules péri-recto-anales en général.



Historique

Pour faire l'histoire de l'étude des abcès et des fistules pelvi-rectales supérieures, il faudrait étudier non-seulement ceux de ces abcès et fistules qui sont d'origine rectale, mais aussi les abcès péri-prostatiques et les phlegmons qui ont été observés chez la femme au niveau de la gaine hypogastrique, abcès qui sont bien plus fréquents que ceux d'origine rectale. Nous aurons surtout en vue ces derniers, sans cependant oublier leur analogie avec les précédents.

Nous verrons que la question du traitement de ces abcès qui touche de très près celui du traitement des abcès ischio-rectaux, a été agitée depuis bien longtemps et se pose encore maintenant, en ce sens qu'il n'y a pas qu'un seul mode de traitement ; mais il faut bien remarquer que les discussions ou les méthodes d'incision ont porté surtout sur les plus fréquents des abcès péri-rectaux profonds, c'est-à-dire sur les abcès de l'espace ischio-rectal, et nous ne croyons pas utile de rappeler même les mémoires de Forget (1743) et de Foubert (1767) qui ne se rapportent qu'à ces derniers ; on peut les trouver dans

l'exposé intéressant qu'en fit M. Reclus dans ses cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu (1888) et de la Pitié (1894).

L'historique des abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur est bien moins riche et doit se confondre en partie avec celui de la question du traitement des fistules de cet espace. D'une façon générale, et, en particulier, au point de vue du traitement, on remarque que la question qui nous occupe, n'a été traitée que comme une des parties de la question plus générale des abcès péri-ano-rectaux. Cependant, outre tous les travaux publiés sur ces abcès en général, deux thèses doivent être surtout rappelées. Ce sont celles de M. Pozzi en 1873 sous le titre de « Etude sur les fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur ou fistules pelvi-rectales supérieures » et celle de Vasy Fernand (1879) « Adéno-phlegmons de l'espace pelvi-rectal supérieur ».

C'est à ces auteurs que nous conseillons de se reporter pour l'historique de la question. Pozzi a bien expliqué que les fistules haut placées ont été longtemps méconnues, après que la plupart des chirurgiens eurent, au contraire, pensé pendant longtemps qu'il fallait toujours chercher très haut l'orifice interne d'une fistule anale. Richet rappelle (Clinique chirurgicale, Paris 1893) que dans un mémoire de 1842, dans les Annales de Chirurgie, il assignait ce siège précis à certaines suppurations ayant leur origine dans la prostate. Mais ce n'est qu'en 1862 qu'il en donna une observation, et la thèse de Pozzi est le reflet de son enseignement. Il distingua en particulier les fistules péri-rectales supérieures des fistules de la fosse ischio-

rectale compliquées de décollement très élevé de la muqueuse.

C'est surtout le traitement qui a été l'objet d'opinions diverses. Jusqu'à Gerdy, la règle était de respecter les fistules dont l'ouverture supérieure était au-dessus de la portée du doigt, quand « le releveur a été franchi et que l'intestin est largement disséqué hors de la portée du doigt », Velpeau.

En 1853, puis en 1855, Gerdy publia deux travaux sur ce sujet ; ce fut d'abord une communication à la Société de Chirurgie « sur le traitement des fistules anales à orifice supérieur profond par la méthode du pincement », puis un article du Bulletin de thérapeutique.

« La méthode du pincement » fut ensuite appliquée par Gosselin, par Trélat (Gazette des Hôpitaux, 1861), la même année, Verneuil y appliqua l'écrasement linéaire. Quant à Chassaignac, « une seule observation, dit Pozzi, nous paraît être une fistule péri-rectale supérieure. L'opération fut faite avec l'instrument tranchant, et on lia une artère qui donnait assez fortement ».

Depuis cette époque, le traitement classique des abcès et fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur est l'application de l'entérotoμή. Mais nous devons noter cependant quelques divergences ; c'est ainsi qu'on voit appliquer, surtout en Angleterre, la ligature élastique ou bien l'incision du creux ischio-rectal et du releveur de l'anus ménageant le sphincter externe et le rectum, ou bien la rectotomie avec

ou sans cautérisation. Nous aurons l'occasion d'y revenir au chapitre spécialement consacré au traitement.

Les principaux travaux parus depuis, sont l'étude de Bouilly sur la cellulite pelvienne diffuse (Archives générales de médecine, 1879) ; celle de Guérin sur les phlegmons perirecto-anaux (1894) et l'étude d'ensemble du traité de Quénu et Hartmann. Nous aurons à mentionner avec plus ou moins de détails, plusieurs thèses assez récentes qui d'ailleurs ont eu surtout en vue les autres abcès perirectaux, celle de Barrau de Muratel (1885) inspirée par Reclus, celle de Fraucou (Lyon 1884) de Suzol (1890) et de Longo (1887), qui ont surtout pour but de faire connaître la méthode de réunion des fistules après avivement ; celle de Legras (1892) sur le même sujet, enfin celle d'Etchepare et de Reygam (1893-94) où nous trouvons plusieurs observations intéressantes et l'exposé d'un traitement conservateur

On peut résumer l'histoire du traitement en disant que : jusqu'à Gerdy, on restait inactif ; qu'avec Gerdy et Richet on fit surtout l'écrasement par l'entérotome ; que depuis, on a surtout essayé d'éviter les graves désordres causés par cette dernière méthode en pratiquant des incisions conservatrices respectant la paroi rectale et le sphincter.

Enfin nous devons signaler les études anatomiques et cliniques de Quénu et Hartmann, et celle de P. Delbet, sans omettre l'article récent de ce dernier dans le traité de chirurgie.

Description

La description classique de l'espace pelvi-rectal supérieur est celle qu'en a donné Richet dans son traité d'anatomie médico-chirurgicale. Nous ne pouvons nous dispenser de la reproduire ici.

« Dans l'espace pelvi-rectal supérieur. Cet espace compris entre l'aponévrose supérieure du releveur, le péritoine, le rectum et les parois du bassin, a une étendue variable selon les sujets, et surtout suivant que le releveur est ou non relâché ; il est aussi étendu que possible lorsque le muscle est au repos. Dans cet état, en effet, le releveur est appliqué dans sa moitié supérieure contre les parois ischiatiques, l'extrémité inférieure du rectum très abaissée et le sommet de l'infundibulum est aussi distant que possible du péritoine ; tandis que lors des contractions du muscle, l'entonnoir rectal s'efface et se rapproche du point où se réfléchit le péritoine. A sa partie antérieure, l'espace pelvi-rectal est beaucoup moins étendu que sur les côtés et surtout en arrière, ce qui tient à deux causes : la première a ce que le péritoine qui s'est beaucoup abaissé au-devant du rectum pour former le cul de sac rétro-vésical, se relève

insensiblement pour gagner le sacrum ; la seconde à ce que le plan formé par le releveur s'incline en sens inverse du premier, c'est-à-dire de la prostate au coccyx. C'est donc à peine si ces deux plans sont en avant séparés par un intervalle de quelques millimètres, tandis qu'ils sont distants en arrière, de plusieurs centimètres. Un tissu cellulaire abondant à mailles larges et assez lâches, remplit tout cet espace et paraît destiné à favoriser tout les mouvements et l'ampliation du rectum. rarement il se charge de graisse. En avant et latéralement, ce tissu communique avec celui qui remplit les fosses iliaques et la région profonde de l'abdomen par l'intermédiaire de la couche celluleuse sous-péritonéale des parois pelviennes, et chez la femme il se continue avec celui du ligament large ; en arrière il fait suite à celui qu'on trouve dans le meso-rectum et la concavité du sacrum et communique avec la région fessière par l'échancrure sciatique. Il est traversé par les branches viscérales de l'artère et de la veine hypogastrique ; le plexus sacré et les ganglions sacrés du grand sympathique appliqués contre le sacrum s'en trouvent recouverts.

Chez l'homme, l'espace pelvi-rectal supérieur est séparé de la prostate, des vésicules séminales et du bas-fond de la vessie par la lame cellulo-fibreuse dite prostatopéritonéale. Chez la femme on peut dire qu'il n'existe pas antérieurement puisque le rectum est appliqué sans intermédiaire, sur la face postérieure du vagin. »

Mais depuis la description si connue de Richet, on a

cherché à étudier de plus près les détails anatomiques de cette région et nous devons mentionner en particulier les travaux de Quénu et Hartmann (Chirurgie du rectum, Paris 1895) qui subdivise l'espace pelvi-rectal supérieur en trois loges secondaires « une loge médiane, rétro-rectale et deux loges latérales peri-rectales », et ceux de Pierre Delbet (des suppurations pelviennes) qui montrent l'espace peri-rectal séparé par l'aponévrose sacro-recto-génitale en deux loges latérales qui ne sont pas autre chose que les gaines des deux hypogastriques, droite et gauche.

Ces détails demanderaient une longue exposition. Mais nous nous contenterons, nous plaçant au point de vue de l'étude des abcès, de choisir dans ces auteurs les passages qui font le mieux comprendre leurs idées sur ce point,

Remarquons d'abord que la portion du rectum qui se trouve en rapport avec l'espace pelvi-rectal est la portion infra-péritonéale (Quenu et Hartmann) de cet organe situé entre la portion péritonéale et la portion anale et rappelons nous le trajet du péritoine dont le cul-de-sac se trouve à 5 ou 6 centimètres de l'anus pendant la vacuité de la vessie, à 7 ou 8 pendant sa réplétion, et qui remonte de là très obliquement sur les faces latérales du rectum, pour rencontrer la paroi pelvienne postérieure au niveau de la 3^e vertèbre sacrée et de la limite supérieure du rectum telle qu'on la décrit actuellement. Dans cette région, Quenu et Hartmann décrivent d'abord une loge prérectale ainsi limitée chez l'homme. « Entre le cul-de-sac recto-vésical et l'aponévrose moyenne du périnée, le contact en-

tre le rectum et les organes cités plus haut (prostate, vésicules séminales, canaux déférents) n'est pas immédiat ; entre eux s'interpose une membrane décrite par Denonvilliers sous le nom d'aponévrose prostatopéritonéale ; au dessus de la prostate, cette membrane dont Sappey a démontré la richesse en fibres musculaires lisses, s'étend latéralement entre les deux vésicules séminales et la partie terminale des canaux déférents qu'elle embrasse dans un dédoublement... Cette aponévrose est intimement unie à la prostate, elle adhère moins aux vésicules séminales, de sorte, que entre elle et ces vésicules, il existe un petit espace décollable, mais il nous importe plus encore de connaître son mode d'union avec le rectum... Sur une coupe antéropostérieure, on observe qu'au niveau des vésicules séminales et du tiers supérieurs de la prostate, de faibles attaches celluleuses unissent seules l'aponévrose à la couche musculaire longitudinale du rectum ; il y a là une zone aisément décollable ; dès qu'on s'éloigne de la base de la prostate, les tractus cellulux deviennent plus importants et le décollement moins facile. En résumé, entre le rectum et la prostate doublée de son enveloppe, l'aponévrose prostatopéritonéale, on constate l'existence d'un espace peu celluleux dont voici les limites ; en haut, le cul-de-sac péritonéal, en bas des adhérences entre la moitié ou les deux tiers de l'aponévrose et le rectum ; en avant l'aponévrose prostatopéritonéale adhérente à la prostate, peu adhérente aux vésicules séminales ; en arrière les fibres musculaires longitudinales du rectum ; sur les côtés

la loge, à sa partie inférieure, est assez bien limitée par le tissu cellulaire dense répandu autour du prolongement des plexus latéraux de la prostate, mais plus haut le doigt n'a pas trop de peine à contourner le rectum et à gagner la face postérieure de l'intestin. »

Chez la femme : « il existe un espace péri-rectal bien clos en avant, en arrière, en bas, en haut, moins fermé sur les côtés, car si à la partie inférieure, s'étend une toile cellulaire, canevas des vaisseaux qui du releveur de l'anus, du rectum et du vagin montent jusqu'à l'hypogastrique, à la partie supérieure cette toile relâche ses mailles et permet de contourner le rectum. »

Puis Quenu et Hartmann subdivisent l'espace pelvi-rectal, c'est-à dire l'espace virtuel rempli par le tissu cellulaire péri-rectal entre le péritoine et le releveur de l'anus. « Sans prétendre qu'il existe une barrière infranchissable entre le tissu conjonctif rétro-rectal et celui qu'on trouve sur les côtés, il est facile de constater que si après avoir décollé le rectum en arrière on descend sans difficulté dans toute l'étendue de la concavité sacrée, on se trouve au contraire arrêté latéralement dès qu'on atteint les trous sacrés antérieurs par une sorte de lame résistante et dense ; le suif injecté dans le meso-rectum ne passe pas dans le reste de l'espace pelvi-rectal supérieur et inversement. Nous sommes donc autorisés à partager en trois loges secondaires une loge médiane rétro-rectale et deux loges péri-rectales, le grand espace pelvi-rectal supérieur de Richet. Ces barrières ne sont autre chose que les aponévroses sacro-recto-géni-

tales que nous retrouvons aussi bien chez l'homme que chez la femme. »

Donc, en résumé une loge rétro-rectale, deux loges latérales, séparées l'une de l'autre, d'arrière en avant, par cette loge puis par le rectum, par la loge prérectale ci-dessus mentionnée, enfin par la loge des vésicules séminales. La communication n'est cependant pas impossible d'un côté à l'autre par les parties inférieures de ces loges latérales, de sorte que les collections peuvent devenir bi-latérales ; chez la femme, la communication se fait en arrière du vagin. Quant aux autres voies de fusée du pus, nous savons déjà qu'elles consistent dans la continuité du tissu cellulaire péri-rectal, en haut avec celui des fosses iliaques et de la région prévertébrale, en bas et en arrière avec celle des régions fessières par l'échancrure sciatique. Quant aux fosses ischio-rectales séparées par le releveur de l'anus, elles ne sont envahies par le pus que lorsqu'il a pu se frayer un passage à travers ce muscle.

Enfin des vaisseaux parcourent ce tissu cellulaire : dans la loge rétro-rectale, les terminaisons des vaisseaux mésentériques inférieurs ou hémorroïdaux supérieurs ; dans la loge latérale, les branches de l'hypogastrique. Ces branches sont dans l'espace péri-rectal, les vésicales, hémorroïdales moyennes, l'utérine qui se trouve plus exactement dans la base du ligament large, et la vaginale. Les lymphatiques de la portion infra-péritonéale du rectum se rendent aux ganglions situés dans le bassin autour de l'artère hypogastrique. Chez la femme on y rencontre éga-

lement les lymphatiques du col de l'utérus accompagnant les vaisseaux utérins pour se rendre aux ganglions de la bifurcation de l'iliaque primitive et quelques-uns au ganglion sous-pubien (Cruveilhier).

Les lymphatiques supérieurs du vagin se mêlent à ceux du col utérin, les lymphatiques de la portion moyenne suivent au contraire l'artère vaginale pour aboutir aux ganglions latéraux du petit bassin ; nous insisterons sur ce trajet à propos de notre observation n° 2, en faisant observer qu'il ne s'agit plus là de lymphatiques de la base du ligament large comme ceux qui accompagnent l'utérine. A ces vaisseaux lymphatiques, il faut ajouter ceux qui viennent du bas fond de la vessie... Chez l'homme, du réseau péri-prostatique, surtout développé à la face postérieure, partent deux troncs supérieurs grêles qui vont aux ganglions retro-pubiens et deux latéraux qui vont directement en dehors se jeter dans les ganglions latéraux de l'excavation. Enfin nous rappellerons que pour M. Pierre Delbet, il n'y a pas de différence réelle de constitution, dans cette région, dans les deux sexes ; dans l'un comme dans l'autre, on trouve « le pédicule vasculaire des organes pelviens » avec son tissu cellulaire ; rien n'est changé sinon les organes génitaux. Il n'en est pas moins vrai que l'étiologie et l'aspect clinique des abcès de cette région seront très différents, et il serait presque superflu de le remarquer, si l'on ne devait insister sur ce fait que les phlegmons de l'espace pelvi-rectal supérieur prennent un nom différent dans les descriptions, suivant leurs causes, et

que c'est entre le péritoine et le releveur qu'on observe les abcès péri-prostatiques, aussi bien que les phlegmons de la gaine hypogastrique de la femme et que les abcès pelvi-rectaux supérieurs proprement dits, d'origine rectale.

C'est surtout quand on se place au point de vue étiologique qu'il est nécessaire de rappeler l'unité anatomique sinon clinique, de tous les abcès qui peuvent occuper l'espace pelvi-rectal supérieur. Comme l'a écrit M. Pierre Delbet (*Traité de Chirurgie*, VIII, 467) « il règne sur ces inflammations une confusion lamentable... dans les livres de gynécologie, on décrit des phlegmons des ligaments larges ; dans les traités des maladies des organes génito-urinaires, on décrit des phlegmons engendrés par les inflammations des vésicules séminales, des phlegmons péri-prostatiques ; enfin, à propos des maladies du rectum, on décrit des phlegmons de l'espace pelvi-rectal supérieur. Et tout cela siège au dessous du péritoine, au dessus du releveur de l'anus, dans un espace qui n'est vraiment pas très grand. Comment des inflammations si différentes peuvent-elles se développer dans un espace si restreint ?

Ce serait incompréhensible s'il s'agissait de maladies différentes, mais ce serait très simple s'il s'agissait d'une seule et même maladie et c'est là qu'est la vérité. Tous ces phlegmons ont le même siège ; ils ne diffèrent que par l'origine. »

Nous disons donc que l'origine des phlegmons de l'espace pelvi-rectal supérieur peut être :

- 1° D'origine osseuse,
- 2° D'origine rectale,
- 3° D'origine génitale chez l'homme,
- 4° D'origine génitale chez la femme.

I. *Origine osseuse.* — Ils sont consécutifs à des lésions des os du bassin et les plus fréquents sont évidemment les abcès ossifluents de nature tuberculeuse. Il faut y ranger certains abcès pelviens de la coxalgie, susceptibles de venir s'ouvrir dans le rectum, le vagin ou de fuser par la grande échancrure sciatique ; il faut surtout ranger ceux de la sacro-coxalgie qui longent le rectum et peuvent s'y ouvrir. Ces abcès ont pour caractère commun d'être percus par le toucher rectal recommandé au cours de ces affections par Cazin. On se rend bien compte de leur formation quand on songe à la fréquence de la tuberculose de la face antérieure du sacrum par rapport aux autres lésions de la sacro-coxalgie, car dans ce cas, l'abcès froid se trouve tout naturellement placé au dessus du releveur de l'anus. L'ostéomyélite aiguë pourrait de même s'ouvrir à la face antérieure de la partie inférieure du sacrum.

II. — *D'origine rectale.* — Toutes les lésions du rectum et de l'anus y peuvent donner naissance et, sous ce rapport, l'étiologie des abcès pelvi-rectaux ne diffère pas de celle des abcès ischio-rectaux ; on comprend cependant que le traumatisme direct atteigne difficilement cette région profonde. A cette exception près, ce sont les mêmes lésions que nous avons à mentionner ; corps étrangers,

rectites, ulcérations rectales de toute nature, tuberculose, cancer, rétrécissements, hémorroïdes.

Nous nous contenterons de les énumérer, mais nous ferons remarquer que la pénétration des microbes venus du rectum a pu se faire par trois voies :

1° La voie lymphatique, sans doute la plus ordinairement suivie et qui détermine la position de l'abcès soit dans une loge latérale (lymphatiques de la portion moyenne du rectum se rendant aux ganglions lymphatiques), soit dans la loge rétro-rectale (lymphatiques de la portion supérieure de la face postérieure du rectum se rendant « à des ganglions appliqués contres les veines hémorroïdales supérieures » (Quenu et Hartmann) — 2° la voie sanguine par phlébite, et c'est ainsi que viennent les abcès au cours des hémorroïdes enflammées — 3° directement par contiguité.

III. — *D'origine génitale chez l'homme.* — Il s'agit ici des abcès ayant gagné le tissu cellulaire pelvi-rectal à la suite d'abcès prostatiques ou d'abcès des vésicules séminales. Nous n'y insisterons pas. Ce sont eux surtout qui envahissent la loge pré-rectale.

IV. — *D'origine génitale chez la femme.* — L'infection originelle est presque toujours puerpérale, la porte d'entrée est vaginale ou utérine, et la propagation s'est faite soit par les lymphatiques ; soit par voie veineuse, soit par propagation (consécutivement à un phlegmon du ligament large, par exemple). La grande majorité reconnaît une

origine lymphatique (v. Delbet, des suppurations pelviennes, p. 190).

Nous offrons une observation où la porte d'entrée fut une rupture du périnée. Si nous consultons le même traité de M. Delbet, nous y voyons d'ailleurs d'autres exemples de phlegmons dont la porte d'entrée est vaginovulvaire ; il cite le cas de Graily Herwitt où ce fut l'ablation d'un condylôme des lèvres ; dans la statistique de Deigel portant sur 61 cas d'inflammation des ligaments larges, on trouve 5 ruptures du périnée, 5 ablations d'un condylôme des lèvres, une incision de bartholinite. Ces derniers cas peuvent étonner, les lymphatiques de la vulve et de l'extrémité inférieure du vagin se rendant aux ganglions de l'aîne : l'infection suivit sans doute la voie veineuse, puisque nous savons que les veines profondes des lèvres se jettent dans le plexus vaginal.



Anatomic. Pathologique. — Symptôme

I. — *Abcès de l'espace pelvi-rectal chez l'homme*

Nous croyons devoir adopter la division de Quenu et Hartmann, division basée sur l'anatomie et la clinique et distingue des abcès *retro-rectaux* et des abcès *latéro-rectaux* (abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur de Quënu et Hartmann). Nous éliminons de notre étude, les abcès froids.

1° *Abcès retro-rectaux*. — Ils sont situés dans le meso-rectum et envahissent donc le tissu cellulaire qui entoure les vaisseaux hémorroïdaux supérieurs ou mésentériques inférieurs. Nous savons déjà qu'il s'y rencontre des lymphatiques importants et tout porte à croire qu'on y observera des adéno-phlegmons.

L'étude en est encore bien incomplète, puisque nous ne trouvons dans la chirurgie du rectum que 3 cas, l'un qui avait fait le sujet de Thèse Vasy (adéno-phlegmon nettement retro-rectal terminé par résolution) un autre, personnel à M. Quënu (abcès retro-cœcal consécutif à une rectite chez un enfant de 3 ans 1/2 et qui fut guéri par l'incision du

sphincter externe et des parties molles jusqu'au coccyx) ; un dernier n'est que rappelé dans le traité de MM. Quenu et Hartmann. C'est l'observation de Trélat reproduite dans la thèse de doctorat de Pozzi ; chez un malade qui fut opéré d'une petite fistule consécutive à un abcès de la marge de l'anus, suivirent, au 6^e jour des accidents inflammatoires « l'introduction du doigt dans l'anus était extrêmement pénible surtout lorsque la pulpe digitale pressait la paroi postérieure de l'intestin (12^e jour de l'observation) il n'y avait à l'extérieur rien d'apparent : la peau n'était ni rouge, ni tendue... Je remarquai, en écartant fortement les bords de l'anus, un petit pertuis très fin d'où la pression faisait sortir quelques gouttes de pus rougeâtre... M. Nélaton insinua par le pertuis un stylet, le foyer était situé en arrière et à gauche de l'anus .. Le chirurgien fit une large incision, s'étendant depuis le pertuis de la muqueuse jusqu'à la pointe du stylet ; cette incision intéressait à la fois la partie inférieure du rectum et la peau ; on sentait un léger décollement de toute la paroi postérieure du rectum, décollement qui, en certains points, occupait au moins la moitié de sa circonférence et laissait arriver en haut jusque sur les deux articulations sacro-iliaques. » Le malade fut traité par application de l'entérotome de Dupuytren, mais la première ayant laissé un profond cul-de-sac retro-rectal non divisé, on dut faire une seconde application jusqu'à 12 centimètres de l'anus, et la guérison suivit.

2^o *Abcès latéro-rectaux.* — Situés dans les loges laté-

rales de l'espace pelvi-rectal supérieur, nous les voyons proéminer au niveau de la muqueuse rectale, à une plus ou moins grande hauteur de l'anüs.

Chassaignac insistait sur le manque de signes apparents du côté de la peau du périnée, mais il rapproche complètement les abcès ischio et pelvi-rectaux. « Attendu la similitude apparente de leurs symptômes et de leur manière d'apparaître et de se comporter aux yeux de l'observateur qui ne peut mesurer tout d'abord l'étendue des désordres profonds aussi facilement qu'il juge les apparences extérieures de la maladie ». Dictionnaire encyclopédique, (Art. Anus). C'est également de Chassaignac que date la description des trois « embranchements de la collection purulente, l'un vers les bourses, diverticule périnéal, l'autre vers l'ischion, diverticule ischiatique, l'autre qui remonte dans le tissu cellulaire péri-rectal, diverticule pelvien ». Le pus amassé sous le péritoine et au-dessus du releveur de l'anüs, tendra à diffuser, en effet. Et plusieurs voies s'offrent à lui. D'une part, il peut décoller le péritoine de proche en proche, gagner toute l'étendue de la fosse iliaque et venir se faire jour à la peau, au-dessus de l'arcade de Fallope et jusque vers l'épine iliaque supérieure. D'autre part, il peut rompre le mince plan musculaire du releveur, malgré les aponévroses qui le doublent et devenir ainsi l'origine d'un foyer ischio-rectal. C'est de ce foyer que partent les diverticules périnéal et fessier de Chassaignac. Quénu et Hartmann citent une observation d'abcès ischio-rectal venu de l'espace pelvi-rectal supé-

rieur ; ce dernier avait ulcéré la paroi rectale et fourni une collection sous-muqueuse qui s'ouvrit dans la lumière de l'intestin, en même temps qu'il avait perforé le releveur pour former un abcès ischio-rectal. Ils mentionnent également une autre voie entre les deux couches celluluses sus et sous-aponévrotiques, la communication se faisant par l'intermédiaire d'un décollement sous-muqueux. Dans tous ces cas, la fistule consécutive s'ouvrira donc par un orifice cutané à une certaine distance de l'anus ; le plus souvent ce sera une fistule borgne externe, aboutissant à une vaste poche au-dessus du releveur de l'anus qui cause la rétention du pus. L'ouverture de l'abcès peut se faire aussi dans la vessie, dans le vagin, dans le péritoine ou encore dans le rectum, comme c'est le cas de notre observation. L'ouverture dans le rectum est rare, de sorte que la fistule borgne interne est rare également ; dans ces cas, comme l'a montré J.-L. Petit, on peut se rendre compte plus ou moins exactement de la hauteur de l'orifice rectal, suivant que l'écoulement du pus se trouve au-dessus ou au-dessous des matières fécales au moment de leur expulsion. Les abcès péri-prostatiques envahissent le tissu cellulaire qui recouvre la face postérieure du rectum. Second fait remarquer que « cela revient à dire qu'ils envahissent l'espace cellulaire qui sépare le rectum de l'aponévrose prostatopéritonéale ». Celle-ci adhérent à la prostate, ils occupent donc la loge prérectale de Quénu. Nous n'insisterons pas davantage sur cette catégorie d'abcès, mais nous devons faire remarquer que s'ils diffèrent des abcès

péri-rectaux proprement dits par leur origine pré-rectale, d'autre part s'ils diffusent plus loin, ils s'en rapprochent alors absolument. Cependant ils méritent par leur siège rétro-prostatique d'être séparés, au même titre que les abcès du méso-rectum, des abcès pelvi-rectaux latéraux, un certain nombre de ceux-ci sont d'origine prostatique.

Les symptômes de ces abcès, au début, sont assez insidieux ; il y a bien des symptômes généraux, fièvre, frisson et des signes fonctionnels locaux constants tels que la constipation, la douleur profonde de la région périnéale, la rétention d'urine, mais rien ne vient d'abord trahir au périnée l'existence de si graves lésions pelviennes. Le toucher rectal a la plus grande importance, puisqu'il permet de sentir la compression du rectum par une tuméfaction plus ou moins volumineuse, latérale ou postéro-latérale, plus tard bilatérale, très douloureuse et susceptible de devenir fluctuante à un moment donné. Si l'on a attendu plus longtemps, c'est à une des fusées purulentes que nous avons décrites que l'on aura affaire, et il est fréquent que l'on ait cru ne devoir diagnostiquer qu'une collection ischio-rectale, de même que en d'autres régions, on ne voit quelquefois que les collections superficielles de certains abcès en bouton de chemise. Mais ces abcès ischio-rectaux ouverts, même par les méthodes qui divisent la paroi rectale, il reste un petit orifice qui laisse sourdre du pus, et plus ou moins tôt, on est obligé de reconnaître qu'un clapier pelvi-rectal a été oublié.

Quant aux fistules consécutives, nous avons dit qu'elles

sont rarement borgnes internes, bien que nous en apportions une observation et qu'elles nécessitent sans doute une opération chirurgicale particulière. Ordinairement il s'agit de fistules borgnes externes, et ce sont elles surtout qu'a si bien étudiées Pozzi. On peut aussi observer une fistule à orifice anal et constater l'écoulement du pus par l'anus qui prouve que la fistule est complète.

Les signes les plus importants sont la longueur du trajet fistuleux, dont le fond peut n'être pas atteint par le stylet explorateur ; cette longueur est, en moyenne, de 11 centimètres ; elle varie de 7 à 15 centimètres (Richet). Par le toucher rectal combiné avec l'exploration du trajet par le stylet, on constate l'interposition entre celui-ci et le doigt d'épaisses parties molles ou calleuses ; on constate en outre l'existence d'une poche au-dessus du releveur, poche qui se vide par la pression du doigt et quelquefois rejette ainsi un flot de pus. En outre Richet fait remarquer que le pus s'écoule surtout quand le malade passe de la position horizontale à la station debout.

S'il n'y a qu'un orifice interne, comme dans notre observation, on constatera l'écoulement du pus par l'anus, les callosités péri-rectales et l'orifice rectal. Enfin à ces phlegmons nous devons rattacher la cellulite pelvienne diffuse étudiée par Bouilly. Il ne s'agit pas ici seulement de diverticules plus étendus que dans les cas que nous venons de décrire, mais d'une affection extrêmement grave, toujours fatale, en général consécutive à des opérations sur le rectum ou le bas-fond de la vessie, qui est

caractérisée par une infiltration purulente de tout le tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin et même des fosses iliaques et de la région péri-rénale. C'est en somme le *phlegmon diffus* de cette région sous-péritonéale.

Les symptômes généraux sont des plus graves et dominent la scène : fièvre élevée, pouls rapide et petit, adynamie progressive, délire. Quant aux signes locaux, douleurs, troubles de la défécation et de la miction, ils disparaissent devant l'intensité des phénomènes généraux. Si le pus s'écoule par un des viscères ou par une incision, on voit que c'est une sanie fétide, purulente ou sanguinolente, mêlée de gaz et de débris sphacelés. La mort survient en quelques jours.

M. Pierre Delbet (Traité de chirurgie) remarque que la dénomination de cellulite pelvienne diffuse est inexacte, parce que le tissu cellulaire pelvien n'est pas seul envahi, mais aussi les couches situées au-dessous du releveur. Cette remarque ne touche en rien la description clinique de ce phlegmon diffus.

II. — *Abcès de l'espace pelvirectal chez la femme*

On peut observer chez la femme également des phlegmons rétro-rectaux analogues à ceux de l'homme, des phlegmons prérectaux décollant le vagin du rectum et qui sont en général des diverticules d'abcès sous-péritonéaux plus considérables, les phlegmons de la base du ligament large enfin des phlegmons pelviens diffus.

Nous ne pouvons entrer dans une étude détaillée de ces derniers sans sortir des limites que nous nous sommes tracées. Mais nous rapporterons une observation de phlegmon gangréneux développé non pas dans le ligament large, mais au-dessous de sa base, autour des lymphatiques vaginaux et des vaisseaux vaginaux, ayant décollé le vagin du rectum et respectant complètement le tissu cellulaire péri-utérin. C'est donc un cas à ajouter à ceux que M. Delbet a étudiés sous le nom de phlegmons de la gaine hypogastrique.

Observation Inédite due à l'obligeance de Monsieur le docteur Marion, chirurgien des hôpitaux.

Madame S... âgée de 21 ans, au moment de son accouchement, subit une déchirure totale du périnée. Celle-ci fut réparée par une suture immédiate, précédée et accompagnée des soins antiseptiques ordinaires. Mais dès le lendemain le périnée était extrêmement chaud, tuméfié et douloureux, et l'on pouvait constater le passage des matières et des gaz par le vagin ; la plaie était donc notoirement infectée. La fièvre s'était déclarée et la température dépassait 38°. Cependant on n'intervint pas activement et les fils ne furent enlevés que le 6^e jour. La température resta oscillante entre 38° et 39°. Le 12^e jour, un amendement se produisit. La température tomba au-dessous de 38° ; la malade se trouva soulagée et l'on constata un abondant écoulement de pus par la vulve. Mais cet amendement ne fut pas très court ; la température remonta aussitôt à 40° et s'y maintint. Par le vagin s'écoulait un pus

très fétide, mélangé de matières, d'aspect gangréneux.

M. Marion appelé alors, pratiqua le toucher vaginal, et put reconnaître l'existence d'un orifice situé à la partie inférieure du vagin, à la limite même de la déchirure périnéale. Le doigt introduit dans cet orifice reconnut l'existence d'un vaste décollement dont on ne pouvait atteindre le fond. La cavité, ainsi que le toucher rectal et le toucher par l'orifice vaginal permirent de s'en assurer, était située entre le vagin et le rectum, de sorte que le doigt pouvait se recourber entre ces deux organes, au premier abord il semblait que le doigt avait pénétré dans le rectum, mais le toucher rectal pratiqué en même temps éclaira ce point du diagnostic. D'autre part, la cavité s'étalait sur la face latérale droite du vagin et du rectum, et le doigt l'explorant pouvait s'appuyer sur le releveur de l'anus, tandis que en haut, il atteignait mal l'extrémité de la cavité purulente.

Le toucher vaginal permit en outre de constater que l'utérus avait conservé toute sa mobilité ; combiné avec le palper hypogastrique, il faisait même reconnaître que l'utérus avait régressé normalement et était revenu à ses dimensions ordinaires. Il s'agissait donc non pas d'une cavité incluse dans le ligament large, mais d'un abcès développé sur les côtés du vagin et du rectum, évidemment le long des lymphatiques qui suivent les vaisseaux vaginaux, et par conséquent, d'un véritable phlegmon de l'espace pelvi rectal supérieur, ouvert à la partie la plus déclive, sur le bord latéral droit du vagin et très bas vers la déchirure du périnée.

L'état de la malade était des plus inquiétants ; le traitement consista en lavages de la cavité par l'orifice d'écoulement spontané du pus. Ces lavages antiseptiques répétés

chaque jour, ramenèrent en particulier, à la seconde fois, deux grosses masses infectes, du volume d'une pomme, ressemblant à une masse d'étoffe d'odeur fétide, et qui étaient évidemment les débris sphacelés du tissu cellulaire péri-rectal. A partir de ce jour, l'amélioration fut progressive, la température s'abaisa, les produits de sécrétion devinrent moins infects, et au bout d'un mois, la cavité se comblait régulièrement, sans que l'état général inspirât aucune inquiétude.

Cette observation peut certainement être rapprochée de celles de cellulites pelviennes diffuses, bien que le tissu cellulaire n'ait semblé atteint que d'un côté seulement. On peut en attribuer l'heureuse issue à son ouverture large et précoce dans le vagin, qui fut suivie d'un traitement tardif, mais efficace. Elle est spécialement intéressante en ce qu'elle montre un cas d'abcès sous-jacent à la base du ligament large et aux vaisseaux utérins, sans aucun rapport même avec le col de l'utérus. Il ne nous semble pas qu'on puisse trouver de cas plus nets de phlegmons de l'espace pelvi-rectal.

On pourrait en rapprocher plusieurs observations citées dans le traité « des suppurations pelviennes » de M. Pierre Delbet ; celles des phlegmons péri-vaginaux coïncidant ou non avec des phlegmons du ligament large, et en particulier celle du phlegmon décrit comme rétro-utérin par Gallard (Delbet, p. 176),

Notons simplement que d'une façon général l'ouverture des abcès pelviens dans le vagin peut être considérée comme un pronostic favorable, au moins dans le cas où le phlegmon est resté localisé dans le petit bassin.



Traitement

Les difficultés de traitement des abcès et des fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur sont sérieuses et cependant nous verrons que des incisions très simples ont pu les guérir. Quelles sont donc ces difficultés, et comment les vaincre ? — Nous ne séparerons pas dans cette étude les abcès et les fistules ; grâce à la présence de la poche purulente sous-péritonéale, les fistules ne sont, en somme, que des abcès incomplètement vidés. Le traitement est le même dans les deux cas, sauf en ce qui concerne l'urgence de l'intervention, évidemment bien plus pressante alors que l'abcès n'est pas encore ouvert. Mais la plupart des observations concernent des abcès ouverts spontanément ou du moins ayant fusé spontanément dans des régions superficielles où le bistouri rencontrait rapidement le pus.

Ces difficultés sont : 1° la hauteur du trajet qui empêche de bien voir, de bien lier les vaisseaux, de bien atteindre l'extrémité des diverticules purulents. — 2° le voisinage du péritoine qui a pu, dans certains cas, être ouvert par les incisions. — 3° la présence des vaisseaux hémorrhéoïdaux supérieurs, dont l'hémostase, surtout autrefois, paraissait

très difficile ; c'était la raison pour laquelle les anciens ne voulaient pas opérer ces fistules. — 4° l'existence d'une poche terminale au dessus du muscle releveur dont les fibres tendent à étrangler le canal de drainage de l'abcès.

Nous laissons de côté les abcès de nature tuberculeuse, par cela même plus rebelles, mais qui d'ailleurs sont justiciables des mêmes méthodes de traitement que nous verrons appliquer à tous les abcès et fistules pelvi-rectaux. Or si l'incision, par un procédé quelconque, de la poche et de la fistule du côté du rectum, y compris la paroi rectale, donne la certitude qu'il n'y aura pas de rétention dans l'abcès, elle présente le grand inconvénient de causer une incontinence des matières fécales ordinairement transitoire, il est vrai, mais cependant d'une durée de plusieurs mois. On comprend donc qu'on se soit attaché à éviter la section du sphincter, et que l'on ait tenté de le suturer après avivement des parois de la fistule et de la poche. Passons donc en revue les opinions et les résultats des divers chirurgiens, en mentionnant quelques-unes de leurs observations les plus intéressantes ; c'est le meilleur moyen d'arriver enfin à des conclusions appuyées sur des faits.

Les méthodes principales de traitement ont été :

- 1° La méthode du pincement par l'entérotome ;
- 2° L'écrasement linéaire ;
- 3° La ligature élastique ;
- 4° L'incision au bistouri ou au thermocautère de la paroi

rectale, avec hémostase par pinces à demeure ou par ligature.

Ces méthodes sectionnent la paroi rectale et le sphincter externe.

5° Les incisions : prérectale et rétro-rectale ; antéro-postérieure en fer à cheval, pratiquées soit au bistouri, soit au thermo-cautère, mais divisant largement le releveur de l'anus qui est la cause principale de la rétention.

Telles sont les méthodes que nous allons voir préférées par les uns ou par les autres.

Gerdy se servait de l'entérotome de *Dupuytren* dont il fallait faire plusieurs applications consécutives pour arriver à la section complète des trajets. Les avantages de cette méthode dont la sécurité de l'hémostase par broiement, et comme pour toutes les variétés de rectotomie, l'ouverture large des foyers. En outre *Gerdy* se croyait ainsi plus sûrement à l'abri de la péritonite, dont la crainte paraissait d'ailleurs chimérique à *Velpeau* ; l'entérotome créait, en effet, une occlusion parfaite du péritoine là où l'instrument tranchant l'aurait divisé. Ce fut la *méthode du pincement*.

Celle-ci fut perfectionnée par *Richet* qui la préférait à l'écrasement linéaire et à la ligature, parce que la fente de communication était plus large au moyen de l'entérotome et n'avait pas de tendance à se réunir aussi rapidement. Dans ce but, il modifia l'entérotome de *Dupuytren* articulé comme des ciseaux et pressant par conséquent de moins

en moins à mesure qu'on s'éloignait de l'articulation.

Il le transforma en un entérotome à lames parallèles. Dans le cas de trajets multiples, on appliquait l'entérotome dans le principal, et on réunissait les autres à celui-là au bistouri. Avec le temps, dit Richet, le conduit canal reprend toutes ces fonctions, malgré l'incontinence du début.

Cependant Richet ne fendit pas toujours l'intestin dans les cas qu'il eut à soigner. On connaît en particulier celui de cette actrice célèbre dont il respecta les sphincters et qu'il guérit en deux mois et demi par une incision n'intéressant pas le rectum, suivie de cautérisation et de tamponnement de la cavité.

Mollière qui recommande pour le traitement des abcès chauds de la fosse ischio-rectale « des incisions limitées qui mettant à nu les clapiers ne compromettent pas les sphincters » à cause de l'incontinence consécutive, n'ose pas engager à se passer de l'entérotome pour ceux de l'espace pelvi-rectal ; il rappelle cependant qu'on peut obtenir la guérison par d'autres moyens.

Nélaton (*Eléments de Pathologie chirurgicale*) écrit ; lorsque l'abcès est vaste et profond, il vaut mieux adopter le procédé de *Faubert*.

L'incision du foyer doit être assez large pour que le pus puisse s'écouler facilement ; il ne faut pas laisser de cul-de-sac. Lorsque l'incision sera faite, une mèche de charpie empêchera les lèvres de la plaie de se recoller. ».

Desprès remplace cette mèche de charpie par un drain.

Chassaignac parle aussi (*Art. Anus Loco citato*) « des fistules pelvi-rectales qui ne guérissaient que lorsqu'on fendait l'intestin, bien que celui-ci ne fut nullement malade ». *Reclus* et son élève de *Barrau de Muratel* (thèse Paris 1885-86) adoptent la méthode de *Faget*. Cette dernière thèse se termine par cette conclusion : « Tout abcès de la région ano-rectale doit être traité comme une fistule borgne externe dont, après incision, il devient l'équivalent » mais l'auteur ne s'occupe pas spécialement des fistules et abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur et n'en relate pas d'observations.

M. Tillaux rapporte dans son traité de chirurgie clinique le cas d'une jeune fille atteinte d'une fistule qui remonterait jusque dans la couche pelvienne sous-péritonéale ; il employa le traitement par cautérisation à l'aide du galvanocautère introduit à froid, puis chauffé et porté en toutes les parties de l'abcès.

Il conseille dans les cas semblables la même technique avec dilatation du trajet par des lamineuses s'il y a lieu, pour éviter la section des sphincters. Mais il ne pense pas que la guérison doive toujours arriver et conseille simplement de tenter ce procédé avant d'en venir à l'entérotomie.

Follin et *Duplay* nous disent ; « La chirurgie n'aura presque jamais à intervenir avant l'ouverture de l'abcès à l'extérieur. Le traitement sera donc presque toujours celui de la fistule de l'espace pelvi-rectal supérieur. » Ils traitent celle-ci de la façon suivante : « L'incision avec le bistouri exposerait à des hémorrhagies graves ; l'emploi du ther

mocautère ou du galvanocautère serait dangereux à cause du voisinage du péritoine ; la ligature élastique présenterait l'inconvénient d'être extrêmement douloureuse et d'agir lentement en raison de l'épaisseur considérable des tissus à sectionner ; seul l'écraseur linéaire pourrait être employé avec avantage dans la plupart des cas. Cependant la crainte d'intéresser le péritoine devrait arrêter le chirurgien toutes les fois que la fistule remonte très haut ». Ils recommandent donc l'emploi de l'entérotome qui tombe du sixième au dixième jour, l'incontinence est transitoire.

Quénu et Hartmann après avoir recommandé l'incision prérectale pour les phlegmons péri-prostatiques ajoutent : Lorsque l'abcès a un point de départ rectal, l'incision doit être en rapport avec le siège de la collection, sans que pour cela il soit nécessaire d'inciser les parois rectales. Ils recommandent le plus souvent une incision postérieure qui fend le sphincter externe sans intéresser les tuniques rectales, et arrive entre le releveur et le rectum, de sorte qu'on peut drainer aussi bien à droite qu'à gauche, au point le plus déclive. Ils exceptent le cas où il existe une perforation de l'intestin ; dans ce cas, il faut inciser le rectum jusqu'à la perforation.

Nous trouvons dans leur traité des exemples de technique différente :

OBSERVATION XXVIII. — Abscess ischio-rectal venant de l'espace pelvi rectal supérieur avec ulcération du rectum et collection sous-muqueuse,

Au moment de l'opération, pendant l'anesthésie et après dilatation de l'anus, on a constaté qu'il y avait là une ulcération à forme de fente à grand diamètre vertical, communiquant avec la cavité de l'abcès. Opération le 18 mars 1893 par M. Hartmann. Une sonde cannelée fortement recourbée pénètre par l'ulcération rectale dans une cavité d'abcès qui descend dans la fosse ischio-rectale. A son niveau, en suivant la direction d'un pli rayonné, on ouvre profondément dans la fosse ischio-rectale un foyer plein de pus sanieux et grumeleux. Le foyer se prolonge en arrière. Toutes les parties qui séparent sa cavité de celle du rectum sont fendues au thermo cautère, un décollement de la muqueuse supérieure à l'ulcération est de même fendu. Guérison complète au bout de trois mois et demi. »

OBSERVATION XXX (de Quénu et Hartmann). — Abcès rétro-rectal consécutif à une rectite. Enfant de trois ans et demi.

Le 10 mars, sans toucher à la muqueuse rectale, je fendis le sphincter externe et les parties molles jusqu'à la pointe du coccyx. La cavité fut bourrée de gaze au salol. La guérison complète fut obtenue à la fin d'avril. L'enfant garda longtemps encore un relâchement du sphincter : en janvier suivant, cette incontinence n'existait que pour les matières liquides ; le 6 mai toute trace d'incontinence avait complètement disparu.

OBSERVATION XXXI (de Quénu et Hartmann). — Abcès de l'espace pelvi rectal supérieur à staphylocoques.

..... Toucher rectal : à gauche et empiétant un peu en avant, on sent à 5 centimètres de l'anus une tuméfaction

douloureuse qui bombe et refoule le rectum. M. Quénu fait une incision qui part de la commissure antérieure du sphincter externe, contourne l'anus et gagne la fosse ischio-rectale..... Cavité largement drainée..... deux mois après, il ne reste qu'une plaie insignifiante.

Quant aux fistules, Quénu et Hartmann font remarquer que l'obstacle principal à l'oblitération est le releveur de l'anus et que l'indication formelle est de supprimer et de drainer le clapier sus-musculaire. « Pour cela, on fera d'avant en arrière, parallèlement au sphincter externe et en dehors de lui, une incision qui traverse successivement la graisse ischio-rectale, puis le releveur et son aponevrose. »

D'après *Pierre Delbet* (Traité de Chirurgie), « les abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur font souvent saillie du côté du rectum. Néanmoins il ne faut jamais les ouvrir par cette voie. Je pense avec Segond qu'il faut les aborder par le périnée en faisant l'incision de la taille prérectale. » Quand aux fistules, « les plus profondes sont justiciables du même traitement que les autres. L'acte opératoire est seulement rendu un peu plus délicat par leur profondeur même. » On cherchera donc à réunir par première intention.

La thèse de *Raygosse* a surtout pour but de montrer les heureux résultats obtenus par *Maynard* de Toulouse par la thermo-conotomie dans tous les cas de fistule anale. Le principe de la méthode était de « transformer le trajet en un infundibulum d'autant plus vaste que la fistule était elle-

même complexe et élevée. Cet infundibulum devait ensuite être bourré convenablement de tampons antiseptiques. » On incise au thermo-cautère en évitant le rectum et en ouvrant tous les diverticules, mais par des débridements juste suffisants pour permettre d'arriver au fonds des culs de sac. Ce traitement ne s'adresse pas aux fistules borgnes internes qui seront, du moins auparavant, transformés en fistules complètes ; mais on procède ensuite comme pour les autres fistules.

L'observation VII de *Raygasse* peut être ainsi résumée : « Fistule pelvi-rectale supérieure, où abcès à répétition survenue après un phlegmon ischio-rectal (?). Il y avait deux orifices, à droite et à gauche de l'anus, et le stylet introduit n'atteignait pas le fond de la fistule. Débridement en fer à cheval au thermocautère, en arrière du sphincter externe, et prolongé en avant presque jusqu'à la vulve ; section des releveurs, de sorte que le rectum paraît dénudé, comme un battant de cloche, nourri seulement par sa face antérieure, dans une hauteur de plus de 12 centimètres. Bourrage. Guérison, mais avec incontinence pendant 2 mois, malgré l'intégrité du sphincter. Quatre mois après l'opération, guérison complète.

L'observation X de *Raygasse*, concerne également une fistule de l'espace pelvi-rectal supérieur traitée de la même manière : fistule dont le stylet n'atteint pas le fond, consécutive à un abcès datant de cinq mois ; débridement en fer à cheval, au thermo-cautère tout autour du rectum sauf sur une longueur de 2 centimètres en avant du rectum ; issue d'un demi litre de pus ; puis section du rele-

veur de l'anus et ouverture d'un clapier sus-musculaire, à droite seulement.

Bourrage à la gaze iodoformée. Pas d'incontinence, bien qu'il sente qu'il ne pourrait pas se retenir, sans la compression exercée par le tampouement de la plaie. Guérison.

L'observation XVII de Raygasse est analogue aux précédentes. Le stylet introduit dans la fistule anale rencontrant le rectum à 6 centimètres ; elle était borgne externe. Incision en fer à cheval, section du releveur de chaque côté ; le rectum est ainsi mis à nu dans une hauteur de 10 centimètres. Il y eut incontinence pendant 15 jours et la guérison était absolue en 4 mois.

Pour Raygasse, l'excision n'est pas recommandable en dehors des fistules superficielles ; la perte serait de substance considérable, les dangers d'hémorragie très grands. Raygasse pense en outre (Thèse de Paris, p. 63) qu'il y aurait, à la suite, des rétrécissements du rectum d'autant plus graves que les dégâts ont été considérables. Il ne nous semble pas qu'il y ait en cette méthode une différence avec l'incision simple à ce point de vue.

Raygasse cite à ce propos l'observation du Dr Secheyron que nous résumerons : Malade de 30 ans portant une fistule près de l'anus, à 2 centimètres en avant et en dehors ; la fistule est borgne externe et ne conduit pas dans une poche. On introduit une sonde cannelée qui perfore le rectum à 3 centimètres de l'anus, et on incise. On réunit au

crin de Florence, mais la réunion ne se fit pas ; pendant les jours qui suivirent, on vit se produire un abcès *péri-vaginal* qui fut incisé au niveau de la grande lèvre gauche.

La guérison ne se faisant pas, le médecin reconnut qu'il n'avait pas incisé assez haut la paroi rectale et fit d'abord une incision du rectum et du releveur au thermocautère qu'il réunit ensuite, mais la réunion par première intention échoua. Il fit ensuite au bistouri et au thermocautère une rectotomie latérale remontant à 12 centimètres, de façon à produire une plaie profonde, en entonnoir. Un an après l'opération, la malade qui avait fait un rétrécissement rectal, avait encore de l'incontinence des matières liquides, mais pouvait être considérée comme guérie.

Raygasse pense que l'échec de l'opération est dû à la tentative de réunion qui, en effet, dans un milieu cautérisé, était une faute, mais l'incision remontait-elle assez haut, et n'est-ce pas parce que dans la dernière opération l'incision remontait à 12 centimètres que la guérison put être obtenue ?

La méthode de *Smith* qui consiste, d'une manière générale à aviser puis à suturer le trajet fistuleux est-elle applicable aux fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur ? *Lango* dans sa thèse qui fut la première sur la suture après incision des fistules, nous dit en deux mots que « le cas excessivement rare où la fistule remonte à une hauteur rectale considérable » est une des contre-indications à la méthode. *Legras* inspiré par P. Delbet, dans sa thèse de 1892, semble croire qu'il est possible de réunir puis-

qu'il écrit : « dans les fistules qui remonte très haut, à 10 ou 12 centimètres sur les parties latérales, on coupe une artère volumineuse qui donne un gros jet de sang, l'artère hémorroïdale supérieure ou une de ses branches. Il faut saisir le vaisseau avec une longue pince à forcipressure et ne pas chercher à le lier ; on l'enlève après avoir pratiqué la suture qui assure efficacement l'hémostase (sutures profondes au catgut, superficielles au fil d'argent). « Mais il ajoute ailleurs (p. 33) : « Nous mettons à part les fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur et qui ne peuvent rentrer dans la catégorie des fistules anales. »

Quenu (Société de Chirurgie 1887) tenta la réunion par première intention, mais dut enlever les sutures le 3^e jour dans un cas de décollement rectal remontant à 14 centimètres. Il faisait observer à ce sujet que dans le cas d'échec semblable, le malade se trouve complètement dans le même état que s'il n'avait pas été suturé ; mais il ajoutait que dans le cas de décollement étendu l'ouverture simple au thermo-cautère est préférable.

A ces observations et à ces commentaires, nous ajoutons celle que nous avons pu suivre dans le service de M. le Professeur Duplay et que nous devons à l'obligeance de M. Minet interne du service.

Abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur : fistule borgne interne ; incision en dehors du sphincter externe. — Insuccès.

Le nommé X. V., employé de commerce, âgé de 27 ans,

est entré à l'Hôtel-Dieu, salle Landry, n° 29 le 18 avril 1900, parce qu'il souffre au niveau du rectum et expulse du pus par l'anus.

Antécédents héréditaires, nuls.

Antécédents personnels. — Il a toujours été sujet à des rhumes et a quelques bronchites. Cependant il a fait son service militaire dans l'artillerie sans jamais être malade.

Début. — En mars 1899, pour la première fois, il est pris simultanément de fièvre et de vives douleurs vers l'anus, douleurs excessives pendant la défécation. Au bout de quelques jours, il rend par l'anus une certaine quantité de pus. Cet écoulement du pus précède l'issue des matières. Le malade se considéra vite comme guéri.

La même année, en juillet, il est pris des mêmes accidents, mais ceux-ci sont plus violents que les premiers et durent huit jours. Nouvelle issue de pus, qui amène la cessation des douleurs et de la fièvre et qui est suivie de guérison.

Enfin en janvier 1900 les mêmes accidents reviennent plus violents que jamais et durent une douzaine de jours avant qu'un amendement se manifeste sous l'influence de l'évacuation spontanée du pus par l'anus. Cette évacuation fut, en outre, plus abondante que les deux premières. Depuis lors, il rend du pus en petite quantité par l'anus et les matières fécales suivent le pus. Le malade se décide à entrer à l'hôpital.

Etat actuel. — Au moment de son entrée les symptômes fonctionnels se réduisent à l'issue d'un peu de pus précédant les matières fécales, à de la douleur légère, mais quelquefois vive pendant la défécation et plus vive du côté gauche du fondement. Il ne rend jamais de sang par l'anus.

L'examen du périnée ne laisse absolument rien voir

d'anormal ; la palpation ne révèle aucune induration. Le toucher rectal même ne donne que peu de renseignements ; cependant, on constate, outre l'absence d'hémorroïdes, de rétrécissement mitral..., la présence d'une callosité située à la partie gauche et postérieure du rectum, à environ 4 ou 5 centimètres de l'anus ; en outre le doigt ne tarde pas à arriver, à la limite supérieure de cette callosité, sur un orifice fistuleux qu'une légère pression agrandit assez pour que le doigt pénètre dans une cavité, ou du moins devine cette cavité, très haut placée et située à gauche du rectum.

Quant aux causes de ces abcès, rien ne peut les faire soupçonner, ni du côté du rectum, ni du côté des organes génito-urinaires, ni du côté des os du bassin.

Le diagnostic de fistule pelvi rectale supérieure, de la variété rare borgne interne, est donc posé, et l'intervention décidée.

Pour éviter l'incontinence des matières, on pratique le 26 avril une incision antéro-postérieure à égale distance de l'anus et de l'ischion, intéresse-ant successivement la peau, la graisse du creux ischio rectal que l'on trouve absolument saine, puis le releveur de l'anus. Un flot de pus s'écoule alors. Le doigt introduit au-dessus du releveur, reconnaît une cavité de la grosseur d'une mandarine environ, avec un orifice admettant la pulpe de l'index, qui s'ouvre dans la face latérale gauche du rectum ; les bords de cet orifice sont formés par une mince paroi rectale décollée.

La cavité est curettée et asséchée ; on constate que, malgré la longueur de l'incision, le muscle releveur a toujours une tendance à former une boutonnière contractile au-dessous du clapier, un tamponnement à la gaze asep-

tique écarte les bords de cette boutonnière et remplit la cavité de l'abcès. Il n'y a pas d'hémostase à faire dans la profondeur, un gros tube de caoutchouc entouré de gaze sèche est placé dans le rectum pour assurer l'évacuation des gaz et des matières en protégeant l'orifice ancien de la fistule.

Aucun incident nese produisit au cours des pansements qui consistèrent en badigeonnages de la cavité sus-musculaire avec la teinture d'iode, suivis de tamponnement à la gaze aseptique, et en lavages rectaux. Mais l'orifice rectal ne se ferma pas et le malade sortit de l'hôpital le 18 mai, guéri à peu près complètement de son abcès, puisque le cul-de-sac sus-jacent à l'orifice rectal s'était comblé, mais porteur d'une fistule complète ainsi constituée, un orifice interne situé au-dessus des insertions du releveur et un trajet infundibuliforme aboutissant à la large plaie cutanée.

Le malade rentra à l'hôpital où il continue à se faire panser et l'on pratiquera soit l'incision du rectum, soit le pincement avec l'entérotome (1).

Il ne nous semble pas douteux que la cause de l'insuccès dans cette observation soit due à la présence d'un orifice rectal, à bords décollés qui ne pouvaient tendre à se refermer, et nous nous demandons si la guérison peut être obtenue, dans des cas semblables, par la méthode de Maynard. Nous avons vu, en effet, que Raygasse, dans les cas de fistule borgne interne, recommande de faire saillir à la peau du périnée une sonde cannelée introduite par l'ori-

(1) L'excision avec suture consécutive a été pratiquée depuis par M. le docteur P. Delbet et n'a réussi que partiellement.

fice de la fistule, d'inciser la peau sur cette saillie, et de continuer l'incision jusqu'au foyer purulent.

L'exécution de cette manœuvre nous paraît bien difficile, et en outre la présence de la perforation rectale ne compromettra-t-elle pas le bourgeonnement complet de la plaie comme dans notre cas ?

Nous pensons que dans les cas analogues, il faut suivre la technique indiquée par Quénu et Hartmann et que nous avons exposée avec une de leurs observations à l'appui. Quant à l'incision cutanée, est-il nécessaire qu'elle soit aussi vaste que celles de Maynard ? Rien ne le prouve, l'important étant de vaincre toute tendance des lèvres de l'incision du releveur à se rapprocher. Mais sauf le cas de perforation rectale, nous ne voyons aucune indication à l'application de l'enterotome ou à la section par quelque procédé que ce soit de la paroi rectale. Il importera peu quand on aura décidé de respecter les sphincters, que l'incision soit latérale, ou en fer à cheval ou retro-rectale antero-postérieure, et encore moins qu'on ait fait, dans toute l'acceptation étymologique du mot, une thermoconotomie. Ce qui importe, c'est de faire bénéficier les malades des mêmes avantages que Richet sut réserver à « l'actrice célèbre ».



Conclusions

1° Au point de vue anatomique, le phlegmon de l'espace pelvi-rectal supérieur ne diffère pas des phlegmons de la gaine hypogastrique et du phlegmon péri-prostatique.

On peut les diviser en trois variétés d'après leur siège : rétro-rectaux, latéro-rectaux et pré-rectaux.

2° Au point de vue du traitement il faut distinguer deux variétés :

Les fistules borgnes externes seront traitées par incision profonde complète mais respectant la paroi rectale et les sphincters.

Les fistules borgnes internes ou complètes seront justifiées de la section de la paroi rectale.

On pourra tenter la réunion par première intention.

Nous croyons utile de renvoyer le lecteur aux bibliographies contenues dans le Dictionnaire Encyclopédique des Sciences médicales (article Anus), dans le dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique (article Rectum) et dans la thèse de Pozzi. Nous ne les copierons pas ici.

Vu : le Président de la Thèse,
TILLAUD.

Vu : Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Bibliographie

Pozzi. — Etude sur les fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur. (Th. Paris, 1873).

Lasy. — Adénophlegmons de l'espace pelvi rectal supérieur (Th. Paris, 1879).

Segond. — Des abcès chauds de la prostate et du phlegmon periprostatique. Th. Paris, 1880.

Gosselin. — Clinique chirurgicale de la Charité, 1879, tome II.

Bouilly. — De la cellulite pelvienne diffuse (Arch. génér. méd. 1879).

A. Richet. — Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale, 1873, p. 52.

— Clinique chirurgicale, Paris, 1893, p. 550.

Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique, article Rectum, par Gosselin et Dubois.

Dictionnaire encyclopédique, art. Anus, par Chassaignac.

Follin et Duplay. — Pathologie externe, t. VI.

P. Delbet. — Des suppurations pelviennes chez la femme (1891).

Quence. — Les abcès péri-recto-anaux (Gaz. médic. Paris, 1894).

Mollière. — Traité des maladies du rectum, 1877.

Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie, 1887.

De Barrau de Muratet. — De l'incision des abcès dans la région ano-rectale. T. Paris, 1885.

Francoü. — De la fistule anale. Th. Lyon, 1884.

Longo. — Recherche sur la cure rapide de la fistule anale. Th. Paris, 1887.

Surel. — Réunion immédiate dans le traitement de la fistule anale. Th. Paris, 1890-91.

Legras. — Du traitement des fistules à l'anus par l'excision et la suture. Th. Paris, 1892-93.

Elchepare. — Des abcès ischio-rectaux. T. Paris, 1893-94

Reygasse. — De la fistule anale et de son traitement par la thermo-conotomie. Th. Paris, 1893-94,

Congueuc. — Traitement des abcès du creux ischio-rectal. Th. Paris, 1895.

Caron. — Traitement des phlegmons ischio-rectaux par l'incision simple. Th. Paris, 1898-90.

